Rok XXXV. Kraków 4. Lipca 1896. Nr. 27.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

L. 1185.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Nadwórnie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Mikuliczynie z roczną płacą 600 złr. i ryczałtem na koszta podróży służbowych w rocznej kwocie 400 złr.

Do okręgu tego należą gminy Jabłonica, Jamna i Mikuliczyn z przysiołkami Tatarów, Worochta, Polenica Czemegowska i Popowiczowska.

Obowiązkiem lekarza okręgowego jest utrzymywać aptekę domową i stosować się ściśle do instrukcyi służbowej z dnia 31. Grudnia 1891. Nr. 83. dz. ukr.

Kompetenci wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) znajomością języków krajowych w słowie i piśmie;
5) najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim;
6) fizyczną zdolnością.

Należycie udokumentowane podania należy wnieść najdalej do 31. Lipca b. r.

Nadwórna 22. Czerwca 1896. 143—3—1

Rok XXXV. Kraków 4. Lipca 1896. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I.

Z Zakładu higienicznego prof. Bujwida w Krakowie.

Przyczynek do działania surowicy Viquerata na świnki morskie.

Podał

Leon Rutkowski, lekarz z Płońska.

Przed kilku tygodniami na jednem z posiedzeń tutejszego Towarzystwa lekarskiego poruszono sprawę zastrzykiwań surowicy Viquerata, jako środka przeciwgruźliczego. W tym samym właśnie czasie z polecenia prof. Bujwida robiłem doświadczenia nad działaniem wspomnianej surowicy na świnki morskie; wobec jednak nieukończonych jeszcze spostrzeżeń, sprawozdania zaraz zdać nie mogłem. Obecnie, kiedy wszystkie użyte do doświadczeń świnki już padły, uważam za rzecz odpowiednią umieścić w *Przeglądzie* chociaż krótki protokół przebiegu u nich gruźlicy, przy wstrzykiwaniach Viqueratowskich.

W grudniowym (1894 roku) i styczniowym zeszycie (1895.) w *Annales de l' Institut Viquerat*, pisze ten ostatni, że stwierdziwszy dawno znany fakt odporności osłów względem gruźlicy (w starożytności już zalecano gruźliczym mleko ośle), powziął zamiar licznemi podskórnemi lub wśródżylnemi wstrzykiwaniami hodowli lasecznika gruźliczego (*avec du bouillon tuberculeux vivant*) powiększyć osłom lub zbliżonym do nich mułom przyrodzone własności przeciwgruźlicze (*propriétés tuberculinicides*) ich surowicy, aby otrzymać w ten sposób surowicę o własnościach wybitnie leczniczych. W dalszym ciągu swej pracy Viquerat nadmienia, że wstrzykiwaniami wzmocnionej w wyżej podany sposób surowicy muła, udało mu się wyleczyć kilka świnek, dotkniętych gruźlicą od 3 do 6 tygodni, świnkę zaś chorą od 2 miesięcy utrzymał przy życiu przez 15 tygodni, co autor uważa za dowód znacznego osłabienia zarazka i zwolnienia przebiegu gruźlicy. Po tak dodatnim wyniku tych wstrzykiwań, zauważywszy, że uzyskana przez niego surowica była aseptyczną, pozbawioną jadów i toksyn, a w dodatku nieszkodliwą dla zwierząt nawet w wielkich dawkach, postanowił Viquerat spróbować, czy człowiek, mniej jak wiadomo na zarazek gruźliczy tkliwy, nie mógłby ze stosowania mulej wzmocnionej surowicy osiągnąć dla siebie pewnych korzyści?[1]) W tym też celu, mając właśnie w leczeniu chorego bez nadziei suchotnika, z rozpoznaniem *Phthisie galopante*, zdecydował się Viquerat 28 Marca 1894. zastrzyknąć mu pod skórę 10 ctm.³ swej surowicy, co następnie powtarzał co 2 dni. Nawiasem zauważyć należy, że doświadczenia na świnkach rozpoczęto 15. Lutego tegoż samego roku. Skutek zastrzykiwań przeszedł wszelkie oczekiwania: po 45 dniach dawny suchotnik był zupełnie zdrów, a w miesiąc później, po zastrzyknięciu jeszcze 40 ctm.³ surowicy, wziął się do ciężkiej pracy, w której trwa już od 6 miesięcy, ciesząc się jaknajlepszem zdrowiem. W swych spostrzeżeniach klinicznych podaje Viquerat 26 przypadków gruźlicy płuc, kiszek, krtani, przyjądrzy, skóry, kości, z których 13 wyleczył zupełnie, w 3 surowica sprawiła przejściową tylko ulgę, lecz trwałej poprawy (wskutek powikłania zakażeniem paciorkowcami, lub zbyt rozległych zniszczeń płuc) nie wywołała, w 10 wreszcie poprawa była znakomita, bezporównania większa, niż przy jakimkolwiek przedtem stosowanym sposobie leczenia, wyzdrowienia zaś nie udało się osiągnąć tylko wskutek musowego zaprzestania zastrzykiwań, lub też innych postronnych okoliczności. Jak sobie tłómaczy Viquerat działanie surowicy, wyobrazić można z tego co następuje: z obserwacyi zmian powstałych po zastrzyknięciu surowicy muła choremu, dotkniętemu wilkiem twarzy (twarz sinieje, prawie czernieje, żyły skóre na niej nabrzmiewają) wysnuwa się wniosek, że surowica w otoczeniu lasecznikôw gruźliczych zamiast dotychczasowego przekrwienia tętniczego, wywołuje przekrwienie żylne, w takim zaś środowisku, przesyconem CO_2 laseczniki rozwijać się nie mogą, — muszą stopniowo znikać, niejako się duszą, gdyż (według Viquerata) rozwijać się mogą one tylko przy ciągłym dopływie świeżego O. Na zasadzie dopiero co przytoczonego spostrzeżenia autor twierdzi: *La solution du grand problème de la guérison de la tuberculose se résume en trois mots: Asphyxier les bacilles.* — Nie wdając się w ocenę teoretycznych rozumowań Viquerata, zwrócimy uwagę tylko na praktyczną stronę jego pracy, a mianowicie na działanie jego surwicy na świnki morskie, o którem Viquerat wspomina, ale tak pobieżnie, że pomimowoli robi się podejrzenie co do dokładności badań i spostrzeżeń jego.

Do doświadczeń przeznaczył mi prof. Bujwid 6 świnek, które przedewszystkiem dokładnie zbadano, a uznawszy je za zupełnie zdrowe, 12. Lutego 1896 poddano szczepieniu gruźlicy (każdej śwince zaszczepiono w lewą połowę brzucha po 0·2 hodowli gruźliczej rozcienczonej wodą, w stosunku 1:1000). Wybrano następnie 3 świnki, okazujące lepsze wejrzenie i większe rozmiary, naznaczono żółtym barwikiem i zastrzyknięto im pod skórę prawego boku po 2·0 przysłanej przez Viquerata do zakładu prof. Bujwida surowicy; trzy pozostałe świnki przeznaczyliśmy dla kontroli. Przy ważeniu pozostawione dla kontroli świnki dały następ-

[1]) Autor nie mały widocznie ma zapas odwagi, jeżeli, po tak nielicznych i niepewnych wynikach doświadczeń na zwierzętach, zdecydował się zastósować swój lek u ludzi.

pujące wyniki: Nr. I. świnka biała z żółtym łbem 410 grm., Nr. II. żółta z czarnym nosem 340; Nr. III. biało-żółta 428, a ze znaczonych żółto: Nr. IV. czarno-biała z żółtym łbem 435, Nr. V. czarno-żółta 432; Nr. VI. biała z czarnemi plamami, a białym łbem 412. Wszystkie te świnki umieszczono w jednej klatce.

Surowica Viquerata przedstawia nam się jako płyn żółtawy, nieco mętny z nieznaczną ilością na dnie osadu. Przy zastrzykiwaniu odlewało się z buteleczki mniej więcej 1 cm.^{3} do wyjałowionego szklanego naczyńka, z którego się następnie brało wyjałowioną strzykawką Strausa; buteleczkę zaś z surowicą zaraz zatykało się gumowym korkiem.

13. Lutego. Na drugi dzień w miejscach wstrzyknięć surowicy małe nacieki, które 14. Lutego już znikły.

15. Lutego. Żółto znaczonym świnkom wstrzyknięto znów po 2·0 surowicy na tym samym co i poprzednio boku. Zauważono, że surowica nieco więcej zmętniała.

16. Lutego. Nacieki w miejscu wstrzyknięć znacznie większe niż 13. Lutego, ciepłota nie podniesiona.

19. Lutego. Nowe wstrzyknięcie surowicy. Przy badaniu świnek, u Nr. IV. w miejscu poprzedniego zastrzyknięcia, zauważono strup 2 cm. mający w średnicy; podobny strup, lecz tylko $^3/_4$ cm. w średnicy, znaleziono na miejscu wstrzyknięcia u Nr. V.; nacieków pod strupami ani też w ich okolicy wymacać nie było można. Zmętnienie surowicy znacznie się powiększyło, co też skłoniło nas do jej zbadania; żadnych jednak drobnoustrojów w niej nie znaleziono. Ciepłota u świnek nie podwyższona.

22. Lutego. Zważono świnki; przyczem się okazało, ze Nr. I. waży 360·0, Nr. II. 290, Nr. III. 360, Nr. IV. 420, Nr. V. 390, Nr. VI. 370. Świnki więc leczone surowicą straciły mniej, niż pozostawione dla kontroli. Przy badaniu zauważono u Nr. I. w miejscu szczepienia gruźlicy naciek wielkości i kształtu ziarnka kawy, u Nr. II. — na brzuchu 2 gruczołki wielkości ziarnka pszenicy, lecz nie w miejscu szczepienia, a nieco wyżej, u Nr. III. zaledwie ślad nacieku w miejscu szczepienia gruźlicy. Żółto znaczone świnki okazywały zmiany następujące: Nr. IV. na prawej stronie brzucha wspomniany już poprzednio strup, a pod prawą łopatką gruczoł wielkości ziarnka pszenicy, Nr. V. w miejscu szczepienia gruźlicy naciek wielkości pszenicy, na prawej zaś stronie dawny strup, a o 1 cm. pod nim mały gruczołek, Nr. VI. pod prawą łopatką gruczoł wielkości ziarnka pszenicy. Trzem ostatnim znów zastrzyknieto po 2·0 surowicy.

26. Lutego. U pierwszych trzech świnek powiększyły się nacieki w miejscu szczepienia gruźlicy i gruczołki w lewej pachwinie i pod łopatkami, z pozostałych zaś u Nr. IV. żółtawy strup jeszcze się utrzymuje, dookoła niego w okolicy ostatniego wstrzyknięcia surowicy rozległy naciek, sięgający aż pod prawą łopatkę; u Nr. V. strup zsycha się, maleje; nacisk na miejscu zastrzyknięcia — nieznaczny, naciek zaś gruźliczy wielkości groszku; u Nr. VI. obszerny naciek tam, gdzie wstrzyknięto surowicę, w lewej pachwinie gruczołek wielkości pszenicy. Inne zmiany u wszystkich świnek, tak jak i poprzednio. Surowicy wobec znacznych nacieków nie zastrzyknięto.

29. Lutego. U Nr. I. naciek gruźliczy wielkości orzeszka, w pachwinie lewej i pod łopatkami gruczołki wielkości pszenicy, — waga 380·0; Nr. II. naciek gruzliczy wielkości i kształtu grochu szablastego, ledwie wymacalny gruczołek w lewej pachwine, waga 310; Nr. III. naciek gruźliczy wiekości orzeszka laskowego, gruczołek w lewej pachwinie, waga 390; Nr. IV. strup odpadł, rana czysta 2 cm. w średnicy, naciek posurowiczy mniejszy, w lewej pachwinie ledwie macalny gruczołek, waga 405; Nr. V. strup odpadł, ranka się goi, naciek gruźliczy większy a posurowiczy mniejszy. w pachwinie lewej mały gruczołek, waga 405; Nr. VI. Naciek posurowiczy jeszcze duży, w lewej pachwinie gruczołek wielkości groszku, na prawo od mostka, pod skórą, wymacać się daje gruczołek wielkości pszenicy, waga 390 grm.

Obecnie więc świnki pozostawione dla kontroli więcej przybrały na wadze (od czasu ostatniego ważenia), niż świnki traktowane surowicą. Surowicy nie wstrzyknięto.

4. Marca. Gruczołki macalne i nacieki gruźlicze (te, które zauważono już poprzednio) u wszystkich świnek stale się powiększają. Nacieki surowicze prawie znikły, ranka po strupie u Nr IV. znacznie mniejsza, u Nr. V zagojona. Zastrzyknięto surowicę po 2·o ze świeżo odpieczętowanej buteleczki, lecz postanowiono zastrzykiwać tylko raz na 6 dni.

5. Marca. W miejscach zastrzyknięć surowicy nacieki, lecz niezbyt obszerne.

7. Marca. Świnka Nr. VI. padła. Sekcya wykazała: 1) w miejscu wstrzykiwań surowicy, pod skórą naciek twardy 1 $^3/_4$ cm. w średnicy, 2) ognisko gruźlicze wielkości ziarnka pszenicy w lewem mięśniu piersiowym, 3) gruczoł zserowaciały nawpół zropiały, w lewej pachwinie wielkości grochu, 4) liczne, drobe, szaro-żółte gruczołki w śledzionie, wogóle zmiany gruźlicze słabo rozwinięte.

10. Marca. Nacieków posurowiczych niema, nacieki gruźlicze i macalne przedtem gruczołki u wszystkich swinek stopniowo się powiększają. Przy ważeniu otrzymano następujące rezultaty: Nr. I. 370·0, Nr. II 315, Nr. III. 390, Nr. IV. 405, Nr. V. 403. Zmian więc w ciężarze świnek prawie niema. Nr. IV. i Nr. V. znów zastrzyknięto po 2·0 surowicy.

11. Marca. Na miejscu zastrzyknięcia duże nacieki.

16. Marca. Nacieki posurowicze znikły, nacieki gruźlicze i gruczołki u wszystkich świnek jednakowo się powiększają. Zastrzyknięto Nr. IV. i V. surowicą

20. Marca padła świnka Nr. IV. Dokonana przez prof. Bujwida sekcya wykazała ogólną gruźlicę. Pozostałej Nr. V. zaprzestano zastrzykiwać surowicę. Zmiany gruźlicze u wszystkich świnek rozwijają się jednakowo.

21. Maja. Padła ostatnia z leczonych surowicą Viquerata świnka, jak wykazała sekcya, również wskutek gruźlicy ogólnej.

Jeżeli zechcemy wyciągnąć z tych spostrzeżeń jakiekolwiek wnioski, to przedewszystkiem rzuca nam się w oczy brak wszelkiego działania leczniczego stósowanej przez nas surowicy; u świnek zastrzykiwanych nią tak samo mniej więcej rozwijała się gruźlica (pomimo pozornego w początkach wstrzykiwania szybkości rozwoju) jak i u pozostawionych dla kontroli; a przecież wszystkie świnki były w jednakowych warunkach, pozostawały w jednej klatce, miały to same pożywienie. Liczyć na jakąś wypadkowo mniejszą odporność świnek, wybranych do doświadczeń, również chyba nie można, gdyż właśnie umyślnie wybraliśmy świnki lepiej odżywione i więcej ważące, niż pozostawione dla kontroli. Warunki, wśród których stosowaliśmy surowicę, były znacznie lepsze, niż tego mógłby żądać nawet sam Viquerat, on bowiem leczył świnki podległe już gruźlicy, od 3 do 6

tygodni, my zaś zaczęliśmy stosować surowicę jednocześnie ze szczepieniem.

Również zwrócić musimy uwagę, że twierdzenie Viquerata o nieszkodliwości nawet wielkich ilości surowicy jest conajmniej wątpliwem, gdyż wyniki sekcyi świnki Nr. VI dają nam chyba pewne prawo podejrzywać, że padła ona wskutek działania samej surowicy, gruźlicze bowiem zmiany były tak nieznaczne, że chyba niepodobna przypisywać im tak wczesnego zejścia śmiertelnego; wreszcie i rozwijające się po każdem zastrzyknięciu nacieki, oraz wcześniejsze padnięcie swinek Nr. IV i V (w porównaniu z pozostałemi, które dotąd jeszcze żyją) chyba nie przemawiają za nieszkodliwością surowicy.

Zarzucić by można naszym doświadczeniom, że braliśmy zbyt wielkie dozy surowicy (po 2,0 początkowo 2 razy, następnie raz tygodniowo), wtenczas kiedy Viquerat stósował bez porównania mniejsze (po 1.0 2 razy tygodniowo). Do stósowania jednak takich ilości surowicy czuliśmy się upoważnionymi przez twierdzenię Viquerata: *„ce serum était parfaitement inoffensif pour les animaux même à hautes doses“*, a mieliśmy na względzie jeszcze i możliwość osłabienia siły przeciwgruźliczej używanej przez nas surowicy, gdyż Viquerat żąda, aby do leczenia brać tylko taką surowicę, która stała nie dłużej nad 2 miesiące, my zaś nie byliśmy pewni, jak dawno była przysłana do Zakładu surowica, gdyż na buteleczkach czas jej przygotowania nie był oznaczony [2]). Powstać mogące przypuszczenie, że surowica przez nas używana nie działała dlatego tylko, że przez dłuższe stanie straciła zupełnie własności skuteczne, zdawałoby mi się nieuzasadnionem, gdyż surowica działała, tylko że z ujemnym dla świnek skutkiem, a następnie trudno przypuścić, że surowica Viquerata traci odrazu całą swą siłę leczniczą właśnie 61-go dnia po przygotowaniu.

Potępiać zupełnie surowicy Viquerata nie możemy; zbyt mało bowiem wykonaliśmy nad jej działaniem spostrzeżeń; twierdzimy tylko, że przysłana do Zakładu prof. Bujwida przez samego Viquerata surowica przeciwgruźlicza okazała się nietylko nieskuteczną, ale nawet szkodliwa dla świnek.

W końcu uważam za swój obowiązek złożyć serdeczne dzięki prof. Bujwidowi za łaskawe pozwolenie robienia doświadczeń, koledze zaś Bierowi za łaskawą przy doświadczeniach pomoc.

O nerwicach skórnych.

Wykład habilitacyjny

Dra Władysława Reissa,

miany 21. Maja 1896.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Druga forma nerwicy naczyniowej, porażenie naczyń skórnych (*Angioparalysis cutanea*), występuje albo jako skutek poprzedzającego skurczu naczyniowego, zarazem jako odczyn następowy, albo też pierwotnie, mianowicie w przebiegu chorób układu nerwowego, w postaci plam lub pasemek różowych po skórze porozrzucanych. Przypadki ogólnego porażenia naczyń skórnych są nader rzadkie, mamy jednak ich kilka opisanych w literaturze, a do najciekawszych należy przypadek Dujardin-Beaumetza, dotyczący kobiety, u której nawet najłagodniejsze bodźce zewnętrzne, n. p. pogłaskanie wywoływało każdym razem porażenie naczyń skórnych, zajmujące bardzo znaczny obszar skóry. W tym przypadku skóra była prawie zupełnie pozbawioną czucia, objawy zaś naczyniowe powstawały od czasu do czasu, bez żadnej przyczyny zewnętrznej. Choroba miała powstać po wstrząśnieniu psychicznem, wskutek odebrania wiadomości nagłej o śmierci ojca. Vulpian opisuje podobny przypadek u mężczyzny, który zresztą na żadne zboczenia nerwowe nie cierpiał.

Wszystkie nerwice naczyniowe, bez względu na to, czy są pochodzenia skurczowego, czy porażennego, dzielimy na nerwice ośrodkowe i obwodowe.

Do przyczyn wywołujących nerwice naczyniowe obwodowe zaliczamy bodźce mechaniczne, chemiczne i termiczne. Bodźce te, działając drogą nerwów czuciowych, wywołują w następstwie skurcz lub porażenie naczyń skórnych, trwające dłuższy lub krótszy czas. Przyczyny wywołujące nerwice naczyniowe drogę ośrodkową mogą być natury czysto psychicznej, zarazem psycho-fizyologicznej. Wzorem nerwicy naczyniowej psychicznej jest rumieniec wstydu (*Erythema pudoris)*, i bladość skóry (*pallor cutis*). Rumieniec występuje stale po pewnych wrażeniach psychicznych na twarzy, co tłumaczymy bardzo gęstą siecią naczyń tej części ciała, zaopatrywaną nader licznemi gałązkami części karkowej nerwu współczulnego. Że rumieniec wstydu może wystąpić również na każdem dowolnem miejscu jest rzeczą znaną, a dermatolog angielski Paget przytacza pewną pacyentkę, u której przy każdorazowem badaniu przez pochwę występował rumieniec na udach i powłokach brzusznych. W wzruszeniach psychicznych przechodzą często formy skurczowe w porażenne i naodwrót, a stanom tym towarzyszą zazwyczaj inne jeszcze zaburzenia nerwowe, w zakresie nerwu współczulnego.

Drugą z kolei postacią kliniczną nerwic naczyniowych jest pokrzywka (*Urticaria*). Powstać ona może zarówno z przyczyn zewnętrznych jakoteż i wewnętznych. Z przyczyn zewnętrznych wymienić musimy jako najczęstsze: prąd elektryczny, nagłe zadziałanie niskiej ciepłoty i niektóre bodźce chemiczne. Z przyczyn wewnętrznych zajmują pierwsze miejsce choroby żołądka i kiszek, choroby narządów płciowych (szczególnie u kobiet), a wreszcie niektóre środki lecznicze, przedewszystkiem działu leków przeciwgorączkowych.

Trzecią i najważniejszą postać kliniczną nerwic naczynioruchowych stanowi rumień wielopostaciowy (*Erythema multiforme*). Dermatologowie przyzwyczaili się podporządkowywać najrozmaitsze odmiany, w jakich występować zwykł rumień pod wspólne miano rumienia wielopostaciowego. Należy jednak zwrócić uwagę, że przy tym rumieniu, jako chorobie *sui generis*, nie zwracamy tyle uwagi na zmiany zresztą bardzo charakterystyczne, jakie choroba ta wywołuje na skórze, bo te są małoznaczące i często bez leczenia szybko przemijają, ile na zmiany głębsze, nierzadko chorobie tej towarzyszące. Już oddawna zwrócono na to uwagę, że rumień wielopostaciowy nie zawsze przebiega jako czysta choroba skóry, lecz że towarzyszą jej często bóle gośćcowe w stawach i mięśniach, zapalenia ostre stawów i błon surowiczych. Dlaczego rumień wielopostaciowy okazuje czasami

---

[2]) Surowica przysłaną była na miesiąc przed rozpoczęciem doświadczeń.

przebieg choroby zakaźnej, czasami zaś przebiega zupełnie miejscowo? Pozostaje na razie rzeczą nierozstrzygniętą.

Wielu autorów starało się przedstawić go, jako chorobę zakaźną, opisując zmiany na skórze jako analogiczne z osutkami zwiastunowemi ospy lub płonicy. Przeciw temu jednak przemawia wszelki brak typowości w przebiegu klinicznym choroby, która niemal w każdym przypadku okazuje odmienny przebieg. Przekonano się atoli z drugiej strony, że rumień powstać może po urazach układu nerwowego, po krwotokach mózgowych, na co już zwrócili uwagę Brown-Séquard i Axenfeld. Te i bardzo wiele innych spostrzeżeń klinicznych świadczą wymownie, że choroba ta zajmuje pomiędzy nerwicami naczynioruchowemi przynależne sobie miejsce.

Do klasy nerwic naczynioruchowych zaliczamy nadto osutki występujące w przebiegu chorób ostrych zakaźnych, dalej tak zwane osutki zwiastunowe (*Erythemata prodromalia*), a wreszcie rumieniec gorączkowy (*erythema febrile*). Jak wiadomo stałym objawem gorączki są zaburzenia w innerwacyi naczyń z następowemi zmianami w wytwarzaniu ciepła i odżywiania tkanek, zmiany będące w ścisłym związku z układem współczólnym, który drażniony w przebiegu chorób gorączkowych krążącym we krwi zarazkiem, oddziaływa nań w sposób swoisty.

Prototypem osutek prodromalnych jest rumień ospiany (*erythema variolosum*). Występuje on w drugim lub trzecim dniu choroby, w postaci żywo zabarwionego rumienia na większej lub mniejszej przestrzeni, jako zwiastun właściwej osutki ospowej. Już samo to stałe umiejscowienie tego rumienia na powłokach brzusznych i po wewnętrznej stronie ud, świadczy wymownie, że sprawa naczynioruchowa ogranicza się tylko do pewnych gałązek. Że rumień ospiany uważać należy pod względem nozologicznym za nerwicę naczynio-ruchową, przemawiają zatem rwy, występujące zawsze w okresie zwiastunów ospy, w okolicy pni nerwów lędźwiowych i krzyżowych, co tłumaczymy przekrwieniem odpowiedniej części rdzenia i jego opon. Ze stosunków anatomicznych wprost wynika zresztą, że rumień ospiany pozostaje z ową rwą w ścisłym związku. Od pierwszego bowiem nerwu lędźwiowego odchodzi n. biodro-pachwinowy i biodro-podbrzuszny, którego gałązki zaopatrują skórę powyżej pierścienia pachwinowego, wzgórka łonowego i narządów płciowych, podczas gdy n. lędźwio-pachwinowy, odchodzący od n. łonoudowego i gałązki n. skórnego bocznego biodra zaopatrują skórę uda. Nerwy te zatem gubią się w całym tym obszarze skóry, w którym właśnie występuje rumień ospiany.

Ostatnim wreszcie rodzajem nerwic naczynioruchowych są tak zwane osutki lekarstwiane (*Exanthemata medicamentosa*), względnie trucizniane. Osutka trucizniana może wystąpić w rozmaitej postaci morfologicznej, zależnie od stopnia nasilenia sprawy chorobowej; do najlżejszych form należy rumień trucizniany. Pierwszym, jak się zdaje, który go opisał dokładnie po użyciu rtęci był Georges Allan na początku bieżącego stulecia. Żywiej zajęto się tą sprawą dopiero w ostatnich dziesiątkach lat, a prace Hutchinsona, Behrenda i Morrowa, dostarczyły licznego w tym kierunku materyału. Bazin, Voisin i Köbner opisali wiele rzadkich przypadków klinicznych tej choroby, a między innymi poraz pierwszy osutkę trucizniana pęcherzowatą i krwotokową (*Exanthema toxicum bullosum* i *haemorrhagicum*). Środkami wywołującymi tę osutkę jest makowiec i jego alkaloidy, wilcza jagoda, kw. salicylowy, chinina, arszenik, wodnik chloralu, kalomel, wszystkie leki balzamiczne i przeciwgorączkowe. Bardzo często występuje rumień trucizniany w postaci pokrzywki lub też wysypki guzkowej, a co się tyczy zaburzeń w kierunku czuciowym, towarzyszących prawie zawsze nerwicom naczynioruchowym, omówimy je jednocześnie z nerwicami czuciowemi w ścisłem znaczeniu tego słowa.

Przystępując do drugiej klasy nerwic skórnych, t. j. do nerwic odżywczych skóry (*Trophoneuroses cutaneae*) muszę nadmienić, że zaliczamy do tej kategoryi tylko nerwice odżywcze w najściślejszem znaczeniu tego słowa, wyłączając wszystkie inne postacie chorobowe, zaliczone tutaj przez Schwimmera, których charakter patogenetyczny nie został jeszcze do dnia dzisiejszego dokładnie określonym.

Ze stanowiska klinicznego dzielimy nerwice odżywcze skóry na miejscowe i ogólne, bez względu na charakter morfologiczny, pozostający w ścisłym związku z nasileniem sprawy chorobowej.

Pierwowzorem i zarazem najłagodniejszą formą nerwic odżywczych miejscowych jest *Erythema trophoneuroticum*. Choroba ta różni się tem od rumienia naczynio-ruchowego, że w przebiegu jej przychodzi do złożenia wypociny i nacieku drobno-komórkowego w miazdrę, skutkiem czego skóra staje się grubszą, ciastowatą i co charakterystyczne, nie wraca nigdy całkowicie do prawidłowej swej sprężystości, nawet w długi czas po ustąpieniu sprawy chorobowej. — Dermatologowie angielscy i amerykańscy opisali pierwsi dokładnie tę chorobę skóry, uwzględniając przedewszystkiem jedną postać, względnie dosyć rzadko napotykaną, którą nazwali *Glossy skin*. W chorobie tej, przebiegającej zresztą miejscowo, skóra przybiera barwę czerwoną, staje się gładką i połyskującą a autorowie porównują ją do skóry pokrytej warstwą pokostu; brak jej wszelkich fałdów i owego podziału na drobne pola, owego wejrzenia jaszczurowatego (*état chagriné*), który na skórze prawidłowej już gołem okiem spostrzegać się daje. W dalszym okresie tej choroby przychodzi do zaniku tkanki podskórnej i gruczołów, a pierwszy należycie opisany przypadek „glossy skin" dotyczył osoby, u której uszkodzonym został n. sprychowy; zmiany na skórze wystąpiły w całym obszarze, przez ten nerw zaopatrywanym. Morhouse, Keen i Mitschell opisują kilka przypadków, w których zmiany powyższe wystąpiły w przebiegu długo trwającej rwy, szczególnie w zakresie kończyn.

Najbardziej znaną grupą nerwic odżywczych skóry jest dział nerwic pęcherzykowych i pęcherzowych, do której należą dwie główne postacie kliniczne, t. j. liszaj (*Herpes*) i pęcherzyca (*Pemphigus*). Obydwa te wzory, jakkolwiek tak w swoim przebiegu klinicznym, jak i co do swej symptomatologii, zupełnie od siebie odmienne, należą jednak ze stanowiska etiologii do tej samej klasy, co więcej do tej samej rodziny nerwic odżywczych.

Zanim jeszcze autorowie francuscy Doyon i Mauriac ogłosili swoje spostrzeżenia kliniczne nad liszajem twarzowym i części rodnych, było już rzeczą oddawna w patologii znaną, że półpasiec uważać należy za chorobę pozostającą z układem nerwowym w najściślejszym związku. Pierwszym, który zwrócił uwagę na związek tej choroby z układem nerwowym był Charcot; w dziele jego „*Leçons sur les maladies du système nerveux*" znajdujemy wzmiankę o wystąpieniu pół-

pańca po urazie n. międzyżebrowych, odnoszącą się do przypadku opisanego przez niego w r. 1851. Z tego samego mniej więcej czasu pochodzą prace Romberga i Danielssona, którzy obwiniają rwę nerwów miedzyżebrowych jako najczęstszą przyczyną półpaśca. Później okazały liczne spostrzeżenia, że półpasiec występuje również często w zakresie innych nerwów; Cotard opisał pierwszy przypadek tej choroby wzdłuż przebiegu wszystkich gałązek splotu szyjowego, Hutschinson — półpasiec czołowy i oczny, a Brown-Séquard opisał szczegółowo przypadek półpaśca wzdłuż całego splotu ramieniowego w przebiegu zapalenia błon rdzenia pacierzowego. Przypuszczenie Bärensprunga, że jako siedzibę sprawy chorobowej uważać należy zwoje międzykręgowe, przyjąć musimy tylko z zastrzeżeniem, o ile w nader małej tylko ilości przypadków udało się znaleźć jakiekolwiek zmiany anatomiczne i to częściej w nerwach samych, aniżeli w zwojach.

Że zmiany odżywcze w przebiegu półpaśca nie ograniczają się tylko do warstw powierzchownych, świadczą wymownie, niezbyt rzadko spostrzegane przypadki półpaśca zgorzelinowego.

Do kategoryi nerwic pęcherzykowych wliczamy również liszaj tęczowaty (*Herpes iris*) i liszaj obrączkowy (*Herpes circinatus*). a spostrzeżenia Jarischa usuwają w tym kierunku wszelką wątpliwość. Jeden tylko Auspitz uważa liszaj tęczowaty dotychczas jeszcze za nerwicę naczynio-ruchową opisując to cierpienie jako analogiczne z liszajem pełzającym (*Impetigo herpetiformis*).

Pomiędzy nerwicami pęcherzykowemi a pęcherzowemi nie ma różnicy tak pod względem patologicznym jak i etiologicznym; również nieuchwytną jest różnica morfologiczna, zważywszy, że forma jedna stanowi częstokroć tylko stan przejściowy do drugiej. Pęcherze w przebiegu pęcherzycy (*Pemphigus*) powstają najczęściej na skórze już zmienionej, tak, że w miejscu, w którem ma powstać pęcherz, tworzy się naprzód plama, żywo-różowo zabarwiona, którą wielu autorów uważa za rumień przyrody odżywczo nerwowej, jako okres przejściowy do pęcherzycy. Autorowie ci opisują wiele przypadków chorób rdzenia pacierzowego, a przedewszystkiem sznurów bocznych, w przebiegu których przychodzi zrazu do wytworzenia się typowego rumienia, a dopiero następowo pęcherzy. Chrostek, Brissaud i Friedreich podają liczne spostrzeżenia nad występowaniem nerwic pęcherzowych w przebiegu chorób rdzenia, ze zmianami zupełnie takiemi, jakie charakteryzują pęcherzycę. W obec faktów powyższych większość nowoczesnych dermatologów zalicza pęcherzycę do nerwic odżywczych, a na ich czele Auspitz i Schwimmer.

Najwymowniejszym przykładem pęcherzycy na tle nerwowem jest t. zw. półpasiec macinniczy (*Pemphigus hystericus*). Bliższe szczegóły o tej odmianie pęcherzycy zawdzięczamy dermatologom niemieckim, a Frank opisał bardzo dokładnie przypadek pęcherzycy powrotnej u pewnej histeryczki, u której po każdym napadzie histeryi występowały na skórze świeże pęcherze. Dlaczego niektóre odmiany pęcherzycy, mianowicie półpasiec zjadliwy (*foliaceus*) i bujający (*vegetans*) przebiegają w tak odmienny sposób, aniżeli odmiany łagodne tejże samej choroby, pozostaje do dzisiaj rzeczą niewyjaśnioną.

Do nerwic odżywczych, przebiegających ze zniszczeniem tkanek na większej lub mniejszej przestrzeni, zaliczamy trzy sprawy chorobowe. mianowicie: 1) Odleżyna ostra (*Decubitus acutus*) 2) zgorzel symetryczna (*Gangraena symmetrica*) i 3) wrzód przeszywający stopę (*Malum perforans pedis*).

Pierwszy Samuel zwrócił uwagę na zmiany odżywcze skóry i tkanki podskórnej w przebiegu wielu chorób mózgu i rdzenia i podzielił je na postacie ostre i przewlekłe, zwracając głównie uwagę na odmianę ostrą odleżyny, której objawy i przebieg kliniczny pozostają w najściślejszym związku ze zmianami narządu nerwowego.

Odleżyna ostra występuje jako stały objaw wielu chorób mózgu i rdzenia i zasługuje już z tego powodu na szczególne uwzględnienie, że w przebiegu jej wykluczyć niemal musimy pewne czynniki, odgrywające ważną rolę przy powstaniu odleżyny przewłocznej. Choroba ta występuje nagle, najczęściej po krwotokach mózgowych, a Charcot pierwszy zwrócił uwagę na to, że występuje ona zawsze po stronie porażonej, a zatem przy krwotokach ośrodkowych po stronie przeciwnej ogniska udarowego. Odleżyna ostra powstaje pomimo że troskliwie chronimy części porażone od wszelkiego ucisku, dając im podłoże miękie i utrzymując skórę w najzupełniejszej czystości. Mimo to wszystko zmiany odżywcze występują nader szybko i nie dadzą się niczem powstrzymać. Zmiany te występują bardzo często w połączeniu z rumieniem lub z nerwicą pęcherzową, a towarzyszy im zawsze znieczulenie, sięgające dosyć daleko po za obszar chorobowo zmieniony. Dało to powód wielu autorom do przypuszczenia, że miejscem wyjścia sprawy chorobowej są tylne sznury rdzenia, a przemawia za tem zdaniem tych autorów i ta okoliczność, że zmiany w sznurach przednich, jak w przebiegu zaniku mięśni postępowego (*Atrophia musculorum progressiva*) lub „*Paralysis essentialis infantum*“, nigdy nie prowadzą do powstania odleżyny ostrej. Wielu jednak klinicystów zbija to przypuszczenie dokładną obserwacyą dosyć licznych przypadków odleżyny ostrej w przebiegu zapalenia opon mózgowych bez żadnych powikłań, gdzie zatem o zmianach w zakresie sznurów tylnych mowy być nie mogło.

Pierwsze dokładne spostrzeżenia i wyczerpujący opis t. zw. zgorzeli symetrycznej zawdzięczamy uczonemu francuskiemu Raynaud'owi, który w swojej cennej pracy o tym przedmiocie wprowadza w związek przyczynowy zgorzel symetryczną z t. zw. zamartwicą (*asphyxia*) miejscową, która poprzedza zawsze właściwą sprawę chorobową, a występuje w skutek miejscowych zaburzeń w krążeniu, bez żadnych zgoła zmian anatomicznych w zakresie ścian naczyniowych. Pierwotne zatem zaburzenie powstaje skutkiem utrudnionego przypływu krwi tętniczej z następową zmianą w krążeniu żylnem, mamy tu zatem do czynienia z skurczem tętniczym, podobnym do tego, jaki powstaje po zadziałaniu niskiej ciepłoty. Na tle sinicy umiejscowionej poczynają się tworzyć małe pęcherzyki wypełnione przeźroczystym płynem, a po ich pęknięciu rozpoczyna się zgorzel na większej lub mniejszej przestrzeni, przebiegająca dosyć szybko od części miękkich do układu kostnego. Choroba ta występuje symetrycznie najczęściej w zakresie palców kończyn górnych lub dolnych, a objawami towarzyszącymi są zawsze przeczulica i bóle wychodzące z miejsca zgorzelinowego i rozprzestrzeniające się zwykle wzdłuż całej kończyny. Raynaud dopatrywał w nerwie współczulnym przyczyny tej choroby, opierając się na objawach skurczowych w zakresie tętnic obwodowych

w samym początku cierpienia. Samem jednak działaniem nerwu współczulnego nie możemy sobie wytłómaczyć całego szeregu zmian w kierunku odżywczym i dlatego niektórzy dermatologowie, a na ich czele Schwimmer, przypuszczają pewne zmiany w rdzeniu przedłużonym, usprawiedliwiające symetryczność cierpienia i ciężkie zaburzenia nerwowe towarzyszące tej sprawie. Inni wreszcie autorowie posądzają o przyczynę sznury przednie rdzenia ze względu na zanik mięśni, jaki w przebiegu tej choroby nieraz zauważyć można.

Obok powyższych zmian troficznych, znamy również sprawy, których związek przyczynowy z układem nerwowym obwodowym nie ulega najmniejszej wątpliwości. Do zmian takich zaliczamy, jak to już raz wspomniałem, liszaj zgorzelinowy *(Herpes gangraenosus)*, dalej owrzodzenia występujące po urazach nerwów obwodowych, opisane przez Leloira i Brocqa. Należą tu również przypadki owrzodzeń po urazach postrzałowych, odpowiadających rozgałęzieniom pni nerwowych nadwerężonych postrzałem, opisane przez Mitchell'a i Gubler'a. Przykładem wybitnym zmiany odżywczej obwodowej jest t. zw. wrzód przeszywający stopę *(Mal perforant du pied)*, a jako przyczynę tego niezbyt często występującego cierpienia, podają autorowie przedewszystkiem uraz i odmrożenie.

Dotąd zajmowaliśmy się nerwicami odżywczemi miejscowemi, t. j. takiemi, które wywoływały zmiany na skórze lub w częściach głębszych, ograniczające się jednak tylko do pewnych obszarów, w przeciwieństwie do tak zwanych nerwic odżywczych ogólnych, zajmujących lub mogących zająć skórę w całości, czyli tak zwanych nerwic skórnych konstytucyonalnych. (Dokończenie nastąpi).

II. Oceny i sprawozdania.

Dr. Tchórznicki J.: **Dla zdrowia ludu**. Warszawa 1896.

Dr. Tchórznicki w dziełku swem: *„Dla zdrowia ludu"* zaleconem do druku przez komitet higieny ludowej w Warszawie, zajmuje się w części pierwszej sprawą kąpieli ludowych, w drugiej omówieniem przygotowań zdrowotnych w gminach.

Wnioski swoje, co do zakładania łaźni ludowych, popiera tak własnymi, wyczerpującymi poglądami, jak też i zdaniem fachowych lekarzy i techników, oraz odnośnemi uchwałami stowarzyszeń i zjazdów lekarskich. Dołączone rysunki uzmysławiają rzecz należycie.

„Przygotowania zdrowotne w osadach i wsiach" obejmują rozliczne spostrzeżenia autora, poczynione w r. 1892 przy zarządzeniach komisyi sanitarnej, w osadach guberni siedleckiej w celu zapobieżenia cholerze.

Uwagi te, określone plastycznie, wykazują dodatnie i ujemne strony owych zarządzeń, zawierają rady praktycznego ich zastósowania i kończą się kilkunastu wnioskami autora, wykazującymi najprostsze a najracyonalniejsze sposoby postępowania wobec zagrażającej epidemii.

Równie obywatelska chęć przysłużenia się swemu społeczeństwu, jak i chłodna rozwaga myślącego higienisty, towarzyszyły Drowi Tch. przy tej pracy, godnej poznania głównie ze względu, że zarówno umiarkowanie jak praktycznie, stara się pogodzić wymogi nauki z potrzebami i środkami nawiedzonej zarazą ludności. *Dr. L. Kosiński.*

III. Wyciągi.

Przewóski: **Miejscowe nagromadzenie się komórek eozynochłonnych w przypadkach raka, z uwagami o znaczeniu tych komórek w ogólności.** (*Centralblatt für allg. Path. u. path. Anat.* 1896. Nr. 5). W 4 przypadkach raka części pochwowej macicy spostrzegał P. mnogie komórki eozynochłonne, zarówno wśród tkanki podścieliskowej, jak w ogniskach przybłonkowych. Dlaczego właśnie w takich przypadkach występuje zjawisko to, przy raku innych narządów stwierdzić się nie dające, niepodobna dziś, zdaniem P., odpowiedzieć. Być może, że idzie tu o swoistą jakaś „chemotaxis". Przedstawiwszy nader wyczerpująco obecne wiadomości o ciałkach eozynochłonnych, wzbogacone licznemi własnemi badaniami, wypowiada P. przypuszczenie, że ciałka te, pochodzące najprawdopodobniej ze szpiku kostnego, są rodzajem narządu pomocniczego, przyczyniającego się do wytwarzania hemoglobiny. Jak się zdaje, odbywa się w nich synteza niższych połączeń białkowatych z żelazem, a powstające związki gromadzą się w ziarna, obdarzone silnem do eozyny powinowactwem. Te związki uwalniają się potem z komórek i przechodzą do osocza krwi, z którego zużyte zostają przez czerwone ciałka krwi do wytworzenia hemoglobiny. *Cch.*

Zabłudowski: **Mięsienie w przewlekłych chorobach serca.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20). Autor poleca ogólne mięsienie w przypadkach niedomogi, bicia serca, stwardnienia tętnic wieńcowych, osłabieniach po grypie i t. d. Mięsienie winno być energiczne i wykonywać się na całem ciele, z wyjątkiem okolicy serca. Posiedzenia codzienne, 10 do 15 minut trwające, przez przeciąg 4—6 tygodni, mają sprowadzać znaczne polepszenie. Także i w chorobie Basedowa widział Z. bardzo dobre wyniki po stósowaniu ogólnego mięsienia. *Dr. G.*

Dr. Gustaw Paul (Wiedeń): **O sposobach aseptycznego szczepienia.** (*Das. östr. Sanitätswesen. Beilage* Nr. 23. 4. Czerwca 1896). Praca poświęcona setnej rocznicy wprowadzenia szczepienia ochronnego przez Jennera. Autor po krótkiej krytyce pracy Freunda z Wrocławia przychodzi do wniosku że:

1) trzeba dążyć do aseptyki przy szczepieniu, i 2) że to się daje osiągnąć. Przytacza jednak 12 warunków, które spełnić należy, ażeby wyniki były dobre. Te są następujące:

1) odpowiedne miejsce; 2) ograniczenie liczby dzieci, mających być szczepionemi (najwyżej 50 szczepień dziennie); 3) ścisła dezinfekcya osobista; 4) wyjałowione, względnie łatwo dające się wyjałowić narzędzia; 5) wyjałowione opatrunki; 6) dokładne oczyszczenie miejsca, na którem się ma szczepić; 7) wyborna krowianka; 8) odpowiedna wprawa w szczepieniu; 9) opatrunek aseptyczny przez pierwsze 24 godz. po szczepieniu, celem ochrony od zakażenia; 10) ochrona rozwiniętych krost przed urazem; 11) leczenie krost urazem dotkniętych; i 12) odpowiedne zachowanie się szczepionych aż do odpadnięcia strupów. P. jest zdania, że warunki te dadzą się wypełnić. Najważniejsza rzecz, t. j. aseptyka, choć najtrudniejsza, jest jednak możliwa i zależy od lekarza; dlatego też podaje sposób jak sobie szczepiący ma postąpić, żeby szczepienie było czyste, a co stanowi największa część jego zadania; podaje przytem opis skrzyneczki przez siebie i Dra Kohna pomyślanej, która ma umożliwić lekarzowi wyjałowienie narzędzi i innych przyborów do szczepienia potrzebnych. Skrzyneczka ta posiada bowiem i puszkę z chińskiego srebra, wewnątrz cynkiem wyłożoną, pod którą trzeba tylko podstawić lampkę spirytusową, by otrzymać kociołek, w którym lancety (wzgl. inne narzędzie) wygotować można. Dokładny opis zresztą wraz z ilustracyami wszystkich dodatków i podanie sposobu, jak sobie wszystko ustawić, są bardzo do przekonania przemawiające i zachęcające. Z prób wynika, że na jedno szczepienie potrzeba 3 minuty, a koszta nie wielkie. Prócz tego autor zaleca użycie epidserminy, mieszaniny

z wody, gliceryny, lanoliny i gumy arabskiej, która w rurkach przedstawia się jako masa półpłynna, roztarta jednak na skórę prędko wysycha i zostawia cienką powłoczkę. Epiderminą więc radzi pokrywać ranki przy szczepieniu powstałe, już to na kompresikach z gazy wyjałowionej, a wtenczas to się tylko brzegi okleja. Usunięcie epiderminy nie sprawia trudności, bo pod wpływem wody letniej rozpuszcza się bardzo łatwo. Skrzyneczkę wraz z dodatkami, $18^1/_2$ cm. dług. $10^1/_2$ szer. 4 cm. głębok. wyrabia firma I. Odelga w Wiedniu. Zresztą epiderminę znaną przy chorobach skórnych, wyrabia apteka Rothziegel'a w Wiedniu. *Dr. Hirsch.*

Prof. Dr. Litten: **O fizyologicznym i patologicznym objawie, spostrzeganym na większych tętnicach, oraz przyczynek do rozpoznawania ograniczonego stwardnienia tętnicy głównej brzusznej.** (*Deutsche med. Wochsrift* Nr. 12. 1896). Przy uciskaniu słuchawką większych tętnic, zamiast skurczowego tonu (występującego stale, gdy je bez ucisku osłuchujemy) słyszymy szmer. L. zauważył, że zjawisko to daje się i obmacaniem stwierdzić. Gdy palcem jednej ręki uciśniemy z lekka tętnicę, a palcem drugiej poniżej obmacujemy, daje się uczuć jakby wirowanie krwi pod palcem, lub jakby strzykanie krwi do palca obmacującego. Najlepiej zjawisko to występuje na tętnicy udowej, lub tętnicy głównej brzusznej, gdy powłoki są wiotkie (u kobiet); wybadać go można i na innych tętnicach, byle średnica naczynia nie była mniejsza od średnicy tętnicy łokciowej. Zjawisko to o tyle jest ważne, że w pewnych stanach patologicznych pojawia się i w tętnicach znacznie mniejszych, już przy bardzo słabym ucisku, mianowicie występuje w niedomykalności tętnicy głównej, wrzekomej niedomykalności tętnicy głównej a w większych w przebiegu choroby Basedowa, w ograniczonem zwapnieniu tętnic i po zadziałaniu pewnych leków, jak n. p. azotynu amylowego. Przy znacznem przeroście komórki lewej np. w niedomykalności tętnicy głównej, wystarczy lekkie przyłożenie palca np. na tętnicę dogłowową, by objaw ten stwierdzić. Objaw to nie nowy, w podręcznikach też wzmianki się znachodzą o drżeniu tętnicy dogłowowej (*Carotiden schrirren*) w niedomykalności tętnicy głownej, mało jednak zwracano nań uwagi.

Ważnym jest ten objaw i w rozpoznawaniu zwapnienia tętnicy głównej brzusznej i w odróżnieniu jego od t. z. przez francuskich klinicystów: *battements aortiques dans la région épigastrique d' origine neroeuse*, w której powiększenia tego objawu niema.

Dodatkowo wyjaśnić należy, że przez *„pseudoinsufficientia aortae"* rozumie L. stan, w którym są wszystkie objawy niedomykalności zastawek aorty, ale szmeru rozkurczowego nie ma. *Roż.*

Dr. Barnick (Grac): **Przyczynki kliniczne i anatomopatologiczne do gruźlicy ucha środkowego i wewnętrznego.** (*Archiv für Ohrenheilkunde.* Tom 40 Zeszyt 2). Po wyczerpującem podaniu historyi czterech przypadków chorobowych, z wynikami badania anatomicznego i drobnowidowego, omawia autor znamienne cechy tego cierpienia. Najważniejszą i najwięcej uderzającą właściwością gruźliczego zapalenia ucha środkowego jest prawie bezboleśny jego początek. Podczas gdy w zwykłem ostrem zapaleniu jamy bębenkowej bóle w uchu zajętem są zazwyczaj bardzo silne i gorączka wznieść się może do bardzo wysokiego stopnia, gruźlicze zapalenie ucha może w początku przebiegać prawie niespostrzegalnie. Dopiero szybkie zmniejszenie się bystrości słuchu i pojawienie się ropnego wycieku z ucha, zwracają choremu uwagę na cierpienie narządu słuchowego. Brak bolesności w tej sprawie ma swoją przyczynę w zserowaceniu licznych ograniczonych gruzełków, prowadzącem do przedziurawienia błony bębenkowej. Jeżeli w dalszym przebiegu choroby bóle występują, to świadczy, że nastąpiło zakażenie mięszane. Szybki postęp upośledzenia słuchu tłómaczy się przeszkodą w narządzie przewodzącym fale głosowe, gdyż jeszcze przed przedziurawieniem się bębenka przychodzi do znacznego obrzmienia błony śluzowej jamy bębenkowej i do napełnienia jej zserowaciałemi masami rozpadowemi. Jeżeli śmierć nie kładzie pierwej kresu życiu, to choroba sprowadza próchnienie kostek słuchowych i kości skalistej. Rozszerzenie się gruźlicy na nerw słuchowy i twarzowy, albo na żyły wodociągów przedsionka i ślimaka ułatwia przenoszenie laseczników gruźliczych na mózg i jego opony. Po zniszczeniu próchniczem dna jamy bębenkowej, gruźlica zajmuje opuszkę żyły szyjnej i tętnicę domózgową wspólną, czego następstwem bywają groźne dla życia krwotoki.

W większej części tych przypadków zarodki swoiste chorobotwórcze dostają się do ucha drogą trąbki Eustachiusza, i to albo wprost przez przenoszenie się gruźlicy z przestworu nosopołykowego, albo przez plwociny. W znacznej jednak liczbie przypadków gruźlicy przewlekłej ucha środkowego i wewnętrznego należy myśleć o jej powstaniu przez zakażenie drogą krążenia. Pierwotnej gruźlicy kości skroniowej dotychczas wprawdzie jeszcze nie stwierdzono z pewnością, jednak o jej istnieniu wątpić nie należy. *Spira.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe dnia 22. Maja 1896.

Przewodniczący kol. Prus. — Członków obecnych 18, gości 5.

(Dokończenie Patrz Nr. 26).

Kol. Wiczkowski przedstawił rzecz o ostrej białaczce, na podstawie przypadku, który miał sposobność badać wspólnie z kol. Poryckim; jego uprzejmości zawdzięcza prelegent daty anamnestyczne i szczegóły przebiegu choroby.

Pani X. lat 31 mająca, straciła matkę w drugim roku swego życia, podobno skutkiem gruźlicy; ojciec żyje i zdrów. W szesnastym roku życia cierpiała na ropienie gruczołów chłonnych szyjnych. W 21 roku przebyła dur brzuszny, a w czasie wyzdrawiania gnilec ośm dni twający. Przed siedmiu laty wyszła zamąż; w rok potem powiła szczęśliwie córkę, a w dwa lata później — syna. W Grudniu r. 1895 odbyła trzeci poród, mniej pomyślnie, niż poprzednie, gdyż łożysko było przyrośnięte, był krwotok nieco silniejszy, w końcu wystąpiły objawy zakażenia dziesięć dni trwające. Od tego czasu zdrowie pacyentki nie domagało; była niedokrewna, szczuplała, peryody były długie i obfite, w Kwietniu b. r. szukała porady z powodu napadowo występującego bólu w okolicy serca. Kol. P. rozpoznał rwę międzyżebrową, wobec obrzęku śledziony, charakterystycznych punktów bolesnych, w obec braku jakichkolwiek zmian w sercu. W ośm dni później napad taki sam. Po podaniu chininy i fenokolu napady więcej się nie powtarzały. Dodać tu należy, że chora mieszkała w okolicy malarycznej.

27. Kwietnia w nocy dreszcz, zapad, krwotok płucny. W płucach po lewej stronie u dołu nieco drobnych rzężeń.

28. Kwietnia. Ciepłota ranna 38·2 tętno 86, ciepłota w południe 29° tętno 118, wieczorna 37·4 tętno 92. Krwawienie z dziąseł, wynaczynienia podskórne w postaci plamek wielkości soczewicy po wewnętrznej stronie lewego przedramienia i na podudziu prawem po stronie grzbietowej.

29. Kwietnia rano 37·8 tętno 78, wieczór 38·4 tętno 84. Liczniejsze wybroczyny większe i mniejsze na rękach i obu nogach, krwotok nosowy.

30. Kwietnia rano 38·2 tętnu 80 — wieczór 37·8 tętno 88 wystąpiły wynaczynienia podśluzowe w jamie ustnej, na policzku lewym i na podudziu prawem krwiawiaki wielkości dwu talarów. Po południu silny krwotok jelitowy.

1. Maja ciepłota rano 37·2 tętno 74 — wieczór 38° tętno 120 Rano stan dobry, apetyt lepszy; w południe zapad, poczem pojawił się powtórnie krwotok jelitowy.

2. Maja stan niezmieniony.

3. Maja rano 38·0 tętno 80. Krwotok maciczny w południe zapad, wieczorem drugi zapad.

4. Maja rano 37·8 tętno 108 drobne nitkowate. Znowu krwotok jelitowy, ilość wynaczynionek na skórze się zwiększyła, krwotok maciczny.

5. Maja badałem chorą wspólnie z kol. Poryckim. Chora dobrze zbudowana i dobrze odżywiona, bardzo niedokrewna, na skórze liczne wybroczyny, gruczoły nie powiększone różnych rozmiarów. Dziąsła krwawią, lecz nie ma na nich owrzodzeń, liczne wybroczyny podśluzowe w jamie ustnej. Po lewej stronie u dołu płuc drobne rzężenia — zresztą żadnych zmian w narządzie oddechowym. Ciepłota 38·4 tętno 120 drobne, nitkowate, prawa komórka serca rozszerzona, szmery wybitne anemiczne. Lekki obrzęk wątroby, śledziona powiększona, przy głębokim wdechu macalna, brzeg jej gruby, miękki, nieco bolesny. Brzuch wzdęty, nie bolesny. Bolesność mostka i kości długich. Tego dnia trwał jeszcze dalej krwotok maciczny. Innych zmian nie wykazano. A dalej tak podaje kol. P.: wieczorem 5. Maja tętno nitkowate 120, oddechów 40 na minutę. Uczucie duszności i lęku. Wymioty treścią pokarmową. Przy oddawaniu moczu silny bol jakby porodowy, poczem wypadł z pochwy skrzep krwi, przedstawiający typowy odlew macicy. Duszność i uczucie ciśnienia w okolicy mostka.

6. Maja ciepłota 36·8 tętno drobne, nitkowate, nie dające się zliczyć, śpiączka, wymioty. O godzinie 4 objaw Chayne-Stokesa, o godzinie 9 śmierć. Sekcyi nie było.

Badanie okazów krwi wykazało: znacznie zwiększoną ilość leukocytów, między nimi przeważają leukocyty małe o dużych jądrach (leukocyty) i leukocyty duże o dużem jądrze słabo się barwiącem i o ziarnistości neutrofilnej (myelocyty); mało leukocytów wielojądrzastych, bardzo mało leukocytów eozynofilnych. Niezwykle liczne ciałka krwi jądrzaste, — małe, o pierwoszczy w kształcie wąskiego rąbka utrzymanej, duże o dwu i o trzech jądrach (mikro- i megaloblasty). Tu i owdzie znajdowały się wolne jądra bez pierwoszczy. Zresztą wybitna poikilocytosis. Plasmodyów malaryi wcale nie było. Ścisłych obliczeń ilości leukocytów i ciałek krwi czerwonych, ilości hemoglobiny nie dokonano, gdyż dotyczącą chorą widział prelegent raz jedyny na prowincyi, i to na dzień przed śmiercią.

Choroba więc w tym przypadku wystąpiła ostro z dreszczami i gorączką, rozpoczęła się objawami plamicy Werlhofa, rozwijała się gwałtownie i trzymała dni 16; śledziona była powiększona, kości bolesne, zmiany we krwi, jak w bielicy szpikowej. To są objawy charakterystyczne dla ostrej białaczki (*Leucaemia acuta*).

Porównując przypadek powyższy z przypadkami zebranymi przez Ebsteina w liczbie 17 i z 9 przypadkami opisanymi przez Fraenkla, musi się go uznać za typowy. To też prelegent w różniczkowem rozpoznaniu wykluczył złośliwą niedokrewność n. p. z powodu *Anchylostoma duodenale*, zapalenie szpiku kostnego, wykluczył dur wysypkowy, w którym leukocytoza może dochodzić do stosunku ciałek białych i czerwonych jak 1 : 60, wykluczył plamicę Werlhofa, gnilec, ostrą białaczkę wrzekomą, zapalenie wsierdzia z zatorem, uzasadnił swe wywody tak przebiegiem klinicznym jak i badaniami krwi i uznał ten przypadek za ostrą białaczkę, jakkolwiek brak pewnych szczegółów do zupełnego obrazu. I tak: śledziona była nieznacznie powiększona, a gruczoły wcale nie były powiększone, choroba nie przebiegała z objawami stanu durowego, we krwi brak był jednojądrzastych dużych ciałek czerwonych. Lecz to nie są istotne objawy dla ostrej białaczki; wszak w pewnych opisanych przypadkach nie było wcale gorączki, śledziona nie zawsze była charakterystycznie powiększona.

Zresztą według zdania prelegenta w tym przypadku, tak gwałtownie przebiegającym, był tylko szpik kostny zajęty, zabrakło czasu do zmian następowych śledziony i w gruczołach dostępnych badaniu. Co do krwi, już Fraenkel w swych 9 przypadkach znachodził również mało ciałek czerwonych, a pomiędzy leukocytami przeważały lymphocyty.

Mówiąc o leczeniu ostrej białaczki w szczególności i w ogóle o leczeniu białaczki, wspomniał prelegent o przypadkach, w których wtórne zakażenie grzybkowate, n. p. grzybkami ropnymi, usuwało przynajmniej na pewien czas objawy chorobowe i zmiany we krwi leukemiczne, na co pierwszy zwócił uwagę Eisenlohr. Wspomniał w końcu o próbach leczenia Jacoba za pomocą wstrzykiwań wyciągów organów, także o Richterze i Spiro, którzy zastosowywali kwas cynamonowy, znany środek wywołujący leukocytozę. Są to w każdym razie cenne drogowskazy, mogące prawdopodobnie doprowadzić do uleczenia bielicy (streszczenie własne).

Kol. Wechsler: Nie myślę przesądzać, o ile obraz mikroskopowy, podany w tym wypadku przez prelegenta, jest decydujący w rozpoznaniu ostrej białaczki, — ale obraz kliniczny, który nam prelegent przedstawił, również jak i rozpoznanie różniczkowe nie są wyczerpujące; gdyż nie wykluczają ani posocznicy, ani wrzodziejącego zapalenia wsierdzia, które to cierpienia w przebiegu swoim do podanego nam klinicznego obrazu dość są podobne. Gorączka, dreszcze, szmery nad zastawkami, czas trwania choroby w tym wypadku oznaczony, odpowiadają tym obydwu cierpieniom. Krwotoki tylko nie często się w tych chorobach pojawiają, nie są jednak wykluczone.

Podnoszę to tylko dla tego, że jedenastodniowy okres trwania ostrej białaczki nie jest do tej pory w literaturze lekarskiej znany. Fraenkel, najbogatszy w doświadczenie co do tej choroby, podaje okres trwania tejże od 6 tygodni do 4 miesięcy.

Kol. Obtułowicz czyni wzmiankę, że zazwyczaj w praktyce spotykamy się z przypadkami białaczki chronicznej, żywo mu jednak stoi w pamięci przypadek z cechami na pozór białaczki chronicznej, który nadspodziewanie szybko śmiercią się zakończył. Przypadek ten był obserwowany od początku aż do zejścia śmiertelnego przez kol. Dzikowskiego. Mężczyzna 50 letni, inteligientny i lubiący otaczać się opieką lekarską, zapadł na białaczkę, która przedstawiała wszystkie cechy białaczki przewlekłej; obrzęk śledziony i gruczołów chłonnych był wybitny, wątpliwości rozpoznawczych nie było żadnych, a mikroskop wykazywał bardzo znaczne pomnożenie leukocytów. Kol. Widman wraz z kol. O. rokował w tym przypadku niepomyślnie obaj spodziewali się zejścia śmiertelnego po upływie $^1/_2$ roku, lub nawet dłuższego czasu. Mimo to już w tydzień po naradzie lekarskiej nastąpiła śmierć chorego wśród objawów gorączkowych i zapadu, oraz ogólnego wycieńczenia.

Choroba trwała w tym przypadku (jak tego dowodzą wywiady i obserwacya, kol. Dzikowskiego) tylko 6, a co najwyżej 8 tygodni. Przypadek ten, co do krótkości przebiegu odpowiadałby w zupełności przypadkom, opisanym przez Küssnera i Eichhorsta.

Kol. Wiczkowski w odpowiedzi kol. Wechslerowi oświadcza, że właśnie dlatego uczynił wzmiankę o wrzodziejącem zapaleniu wsierdzia ponieważ obraz kliniczny mógłby być podobnym do obrazu, jaki daje ostra białaczka, naturalnie w przypuszczeniu, że objawy fizykalne nie stanowią dostatecznej podstawy do dyagnozy. Lecz wynik badania krwi jest tak odmienny w obu chorobach, że o pomyłkę trudno, przeto w wypadkach wątpliwych należy zawsze uskutecznić badanie krwi. Z przedstawienia kol. Obtułowicza wynikałoby, że przypadek jego nie okazywał cech ostrej bielicy.

Kol. Obtułowicz kładzie jaszcze raz nacisk na dokładną obserwacyję opisanego przypadku, który ze względu na krótkość trwania możnaby zaliczyć do przypadków przyostrych.

Sekretarz: *Dr. Feuerstein.*

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 8. Maja 1896 roku.

Kol. Panieński przedstawił: 1) Przypadek niedowładu połowiczego, powstałego prawdopodobnie na tle kiłowem. W dyskusyi zabierali głos koll. Drobnik i Kapuściński. 2) Drugi przypadek, przedstawiony przez kol. Panieńskiego dotyczył robotnika, chorego na nerwicę urazową. W dyskusyi zabierali głos koll. Broekere i Kapuściński. 3) Następnie kol. Panieński zdaje sprawę z wartości leczniczej przetworu prof. Koberta: *Haemolum bromatum.* W dyskusyi zabierał głos kol. Kapuściński. 4) Wreszcie kol. Panieński mówił: „O szczepieniu ospy“.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 14. Kwietnia 1896 roku.

1) Kol. Bergmann przedstawił chorego, u którego od 4 lat poczęło rozwijać się łukowate skrzywienie górnej części kręgosłupa; od roku poczęły występować objawy nerwowe w nogach; prelegent rozpoznaje *Caries sicca.*

2) Kol. Neugebauer okazał: *a*) kamień moczowy, który wytworzył się na dwóch końcach podwiązki, a węzeł nitki pozostał wol-

ny; *b)* macicę wyciętą z powodu raka; *c)* chorą u której z powodu raka wycięto macicę.

3) Kol. prof. Kosiński przedstawił: *a)* chorą, u której przed $1^1/_2$ rokiem wyciął pęcherzyk żółciowy z 26 kamieniami; *b)* zrakowaciałą nerkę, którą wyciął choremu; *c)* wreszcie okazał torbiel wyjęty z *parovarium*.

4) Kol. Jasiński przedstawił wycięte przy sekcyi płuca z przełykiem i nadmiernie powiększonymi gruczołami tej okolicy. Wywiady przemawiały za zwężeniem przełyku w skutek blizny i przygotowywano się do gastrostomii; gdy jednak spostrzeżono, że chory swobodnie przełykał, rozpoznano przerost gruczołów śródpiersiowych, co też sekcya potwierdziła.

5) Kol. Sokołowski miał odczyt p. t.: „Przyczynek do patologii i terapii przewlekłego zapalenia przerostowego krtani i tchawicy". W dyskusyi zabierali głos koll. Srebrny, Brodowski, Kosiński, Baranowski, Lubliner i Krysiński.

V.
KORESPONDENCYE.

Krynica 15. Czerwca.

Szanowna Redakcyo!

Odnośnie do listu Szan. Redakcyi z dnia 11. b. m. pospieszam z doniesieniem o ulepszeniach, jakie wprowadzono w ciągu ostatnich dwóch lat w c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy.

W roku 1895. uskuteczniono następujące ulepszenia:

1) Zrzucono pokrycie gontowe z domów skarbowych pod „Szwajcarem" i pod „Topolami" i zastąpiono je dachem ogniotrwałym z dachówek.

2) W domach skarbowych pod „Orłem", „Trąbką", „Szwajcarem", „Topolami" i „Jeleniem", zmieniono długie lata istniejący system kanałowy, odprowadzający nieczystości kloaczne do rzeczki „Kryniczanki" — na system kloaczny, wywozowy, beczkowo-pneumatyczny, według metody Talarda. W tym celu zakupiono odpowiednią maszynę pompującą Talarda i beczkowozy.

3) W łazienkach mineralnych obmurowano w sposób odpowiedni kotły parowe. Skutkiem tego odpowiedniego obmurowania, mogą być trzy kotły, tam się znajdujące, równocześnie być czynne, podczas, gdy dawniej, z trzech kotłów do użytku będących, tylko dwa było można równocześnie używać.

4) W łazienkach mineralnych zaprowadzono trzecią klasę do kąpieli mineralnych i borowinowych, w osobnym korytarzu, oddzielonym od innych, z osobną kasą i z osobnem wejściem.

5) Zbudowano most nowy na rzeczce „Kryniczance" koło łazienek borowinowych. Most ten jest drewnianym o przyczółkach murowanych, dźwigarach zarębionych.

6) Wybudowano kosztem funduszu taks kuracyjnych nową cieplarnię i oranżeryę znaczniejszych rozmiarów, konstrukcyi żelaznej, o paleniskach dużych, rozprowadzających gorące powietrze rurami glinianemi.

Na sezon zaś r. 1896. wprowadzono następujące ulepszenia:

1) Rozprowadzono wodę z wodociągów po wszystkich domach skarbowych do samoczynnych waterklosetów.

2) Przesklepiono zbiornik wody mineralnej w łazienkach mineralnych, przez co zapobieżono w znacznej części uchodzeniu kwasu węglowego z wody mineralnej, tam się zbierającej, przed użyciem jej do kąpieli.

3) Zburzono stary dom pod „Potokiem„ dawniej, w pierwszych początkach istnienia zakładu zdrojowego, mieszczący łazienki, potem zaś przeznaczony na bazar i mieszkanie służby zakładowej.

4) W miejsce zburzonego starego bazaru pod „Potokiem", wybudowano w głębi nad brzegiem rzeczki „Kryniczanki" ozdobny „Bazar", w którym mieścić się będą wyłącznie sklepy.

5) Rozpoczęto budowę nowych dwóch murowanych domów czynszowych, wszelkim wymaganiom postępu odpowiadających — pod „Berłem" i „Koroną". Jeden z nich stanie w miejsce dawnego hotelu krakowskiego, po sezonie r. 1895. zburzonego, — drugi zaś naprzeciw niego na przeciwległym rogu ulicy.

6) Rozpoczęto budowę murowanego domu izolacyjnego dla chorych zakaźnych, z wszelkiemi w tym celu odpowiedniemi urządzeniami. *Dr. Kopff.*

Rymanów 19. Czerwca.

Rozwój Rymanowa stopniowo rok rocznie postępuje naprzód, dążąc do zadośćuczynienia wymaganiom miejsca zdrojowo-kąpielowego.

W ostatnim czasie poczynił Zarząd tutejszy następujące ulepszenia:

1) Komunikacya ułatwioną została przez wystaranie się o połączenia kolejowe, nawet z pociągami błyskawicznymi.

2) Na drodze głównej w samym Zakładzie zrobiono most, pomysłu Ibiańskiego, kratowy wiszący.

3) Wystawiono jeden dom piętrowy — wygodny i gustowny.

4) Większą połowę mebli odnowiono, lub nowymi zastąpiono.

5) Wiele ścieżek wygodnych przybyło.

6) Kamieniec rzeki zalesiono tak, że niedługo ładny park powstanie.

7) Wystawiono bardzo dobrą lodownię połączoną z magazynem i jatką do wyrębu mięsa.

8) Dla rozrywki gości przybyły wyścigi konne, odbywające się między Rymanowem miastem a Rymanowem zdrojem, 3 razy wśród lata. *Dr. Dukiet.*

VI.
W sprawie reformy studyów lekarskich.

Podał

prof. Napoleon Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Ponieważ wobec dzisiejszych stosunków społecznych musimy mieć na względzie to, co się dzieje najczęściej, a mianowicie obowiązki i zadania lekarza poza obrębem dużych centrów, gdzie lekarz praktyczny z konieczności jest zmuszony reprezentować wszystkie działy medycyny i spieszyć z radą i pomocą we wszelkich cierpieniach; ponieważ z drugiej strony, jak zauważyliśmy wyżej, jest rzeczą niemożliwą, ażeby nawet najzdolniejszy z lekarzy był jednakowo biegły we wszystkich dziedzinach tej nauki, przeto można i należy wymagać od medyka kończącego studya lekarskie tylko następujących wiadomości: 1^0 przez czas studyów uniwersyteckich musi on wyrobić w sobie ogólny naukowy pogląd na samą naukę i posiąść gruntownie zasady metod badania ustroju ludzkiego, oraz rozumieć wszystkie zasadnicze jego funkcye; 2^0 musi posiąść gruntowną znajomość wszystkich tych postaci chorobowych, z któremi w danym kraju i wśród danych warunków może najczęściej się spotkać; 3^0 musi wyrobić w sobie tę sumienność i tę moralną śmiałość, ażeby w przypadkach dla siebie wątpliwych, o ile to jest możliwe, uważał za swój obowiązek odwołać się do pomocy kolegów specyalistów.

Z powyższego wynika, że nie dość jest żądać, ażeby ten albo inny przedmiot nauki lekarskiej był obowiązkowy,

ażeby z tych lub innych działów medycyny były egzamina, ale w pierwszym rzędzie wypada obecnie zastanowić się nad tem, co z każdej dziedziny nauk lekarskich młodzieniec kończący studya lekarskie stanowczo i bezwzględnie umieć musi, a o czem może. wiedzieć tylko w ogólnych zarysach Bez tego ograniczenia, wobec faktu, że każdy specyalista uważa swój przedmiot za najważniejszy, wobec braku jakiejkolwiek organizacyi i porozumiewania się pomiędzy profesorami na wydziałach lekarskich, żadna reforma nie okaże się skuteczną, gdyż dowolność, panująca w wymaganiach profesorów, wynikająca tylko z ich osobistych zapatrywań na rzecz, będzie sprawiała zawsze, że uczniowie, nie mogąc odróżnić ważnych faktów od podrzędniejszych, nie mając pewności, że właśnie o te podrzędniejsze fakta nie będą pytani podczas egzaminów, nawet najzdolniejsi i najgorliwsi, będą tak przeciążeni pracą, że gruntownej znajomości rzeczy najważniejszych i najpotrzebniejszych stanowczo osiągnąć nie będzie można. Weźmy jako przykład tylko taką chirurgię; lekarz praktykujący gdzieś w głuchym zakątku niewątpliwie może się spotkać ze wszystkimi przypadkami chirurgicznymi, lecz czyż jest rzeczą możliwą i konieczną, ażeby wśród istniejących tam warunków wykonywał wszystkie wskazane operacye? Wymaganie więc od niego znajomości wszystkich sposobów rezekcyi stawów, wszelkich możliwych wskazań do laparotomii, lub literatury tych kwestyj, wymaganie znajomości autorów, którzy zaproponowali tę lub inną modyfikacyę pewnej operacyi, byłoby nie tylko zbyteczne, ale i wprost szkodliwe; ażeby bowiem tym wymaganiom uczynić zadość, słuchacz wprost nie będzie miał czasu na gruntowne przyswojenie sobie, jak ma postępować w przypadkach o wiele prostszych, lecz nieporównanie częstszych, jak n. p. podwiązywaniu naczyń, herniotomii, tracheotomii i innych. Weźmy inną dziedzinę, n. p. okulistykę, czy taki lekarz na prowincyi będzie kiedykolwiek zmuszony operować zaćmę lub wykonywać irydektomię? Niewątpliwie, że w każdej dziedzinie medycyny praktycznej dałoby się wskazać szereg takich kwestyj, które w zawodzie praktycznego lekarza bardziej są niezbędne, które znajdują zastósowanie na każdym kroku, i szereg takich, wobec których lekarz zawsze znajdzie dość czasu bądź na zasięgnięcie zdania specyalistów, bądź na odesłanie chorego do szpitala lub kliniki. Zatem przed reorganizacyą studyów lekarskich, wypadałoby zwołać ankietę, która miałaby za zadanie, na podstawie porozumienia się i opinii rozmaitych specyalistów, ułożyć program najodpowiedniejszy studyów lekarskich, z oznaczeniem zakresu wymagań od kończących te studya.

Wobec faktu, że medycyna, wzięta jako całość, jest nauką, która się wciąż rozwija, stanowisko lekarza praktycznego jest o tyle trudniejsze od stanowiska człowieka każdego innego zawodu, że lekarz zmuszony jest wciąż rozwój swej nauki śledzić, aż do końca życia swoją wiedzę uzupełniać. Dlatego też i wykształcenie lekarza musi się różnić od wykształcenia w innych zawodach. Lekarz przedewszystkiem winien się opierać na tej podstawie, na której się opiera cała wiedza lekarska, a podstawą tą jest i może być tylko gruntowne wykształcenie ogólno - przyrodnicze. Dlatego też wydaje mi się rzeczą niesłuszną i wynikłą tylko z bardzo ciasnego zapatrywania się na zadania medycyny, ta dążność, nawet domaganie się, wyrzucenia nauk przyrodniczych z planu studyów lekarskich, a także ograniczenia wiadomości z zakresu fizyki i chemii. Przypuszczać, że usunięcie nauk przyrodniczych już samo wystarczy, żeby stosunki na wydziale lekarskim zmieniły się na lepsze, że te przedmioty są główną przyczyną braków, ujawniających się w wykształceniu lekarskiem, można tylko na podstawie bardzo powierzchownego traktowania rzeczy. Przyznaję, że nauki przyrodnicze dotąd były wykładane w sposób nieodpowiedni, na to się zresztą godzą i sami przyrodnicy w swoich memoryałach, które obecnie składali Wysokiemu Ministeryum, z okazyi zamierzonej reformy studyów lekarskich; lecz z tego bynajmniej nie wynika, że nauki te, a w szczególności botanika i zoologia (na wyłączenie mineralogii mógłbym się zgodzić), są dla medyków zbyteczne, że one nie są kamieniem węgielnym w podstawie wykształcenia lekarskiego. Już na wstępie zaznaczyłem, że słuchacze medycyny rozpoczynają swoje studya, nie umiejąc myśleć obrazowo, że cała morfologia i jej prawa są dla nich *terra incognita.* Rozważmy teraz z drugiej strony zadanie lekarza i jego czynność, jako człowieka zawodowego; wglądnijmy w ten proces umysłowy, który się odbywa w mózgu każdego lekarza przy łóżku chorego. Któż zaprzeczy, że każde badanie, chociażby najprostszego przypadku, wymaga przedewszystkiem umiejętnej i dokładnej obserwacyi, umiejętnego wnioskowania i racyonalnego sądu, który by się opierał na tej obserwacyi, że do badania chorego potrzeba nie tylko bystrości wzroku, słuchu i dotyku, lecz także nieraz pewnej zręczności. A czyż tych wszystkich właściwości naszego umysłu i naszych zmysłów nie musimy kształcić, czyż one są nam dane od natury już w stanie takim, iż nad niemi nie potrzebujemy pracować? Nie zaprzeczam, że od natury, w skutek dziedziczności lub szczęśliwych warunków wychowania, jedni są więcej uzdolnieni i łatwiej zdobywają potrzebną wprawę, drudzy o wiele trudniej; mimo to stanowczo twierdzę, że każdy człowiek musi nie tylko wyrabiać swoje zmysły, mięśnie, ich unerwienie, lecz musi także swój umysł wyćwiczyć w pewnych kategoryach myślenia. Łudzą się ci panowie, którzy sądzą, że wykształcenie myślenia przyrodniczego i lekarskiego można osięgnąć przy łóżku chorego. W wyjątkowych przypadkach to się może udać, lecz z reguły do tego możemy dojść tylko drogą stopniowego kształcenia naszych władz umysłowych i w tym względzie jedynie nauki przyrodnicze, odpowiednio traktowane, mogą oddać rzeczywistą korzyść. Anatomia i fizyologia roślin, w krótkim lecz zwięzłym zarysie, przedstawi dla rozpoczynającego studya lekarskie najdostępniejszą dziedzinę, za pośrednictwem której może poznać najprostsze sprawy biologiczne i zasady morfologii. Anatomia porównawcza zwierząt roztoczy przed nim prawa rozwoju morfologicznego, tych rozmaitych przekształceń i zboczeń, które następnie napotka u człowieka, gdzie dokładna obserwacya nie tylko jest daleko trudniejsza, ale niekiedy wprost niemożliwa. Nauki więc te w sposób najłatwiejszy przyzwyczają nas do myślenia biologicznego, które musi stanowić podstawę myślenia lekarskiego.

Wspomniałem już wyżej o znaczeniu fizyki, w tem miejscu wypada mi jeszcze z większym naciskiem powtórzyć to samo o znaczeniu chemii, która nie tylko może służyć do wyrobienia tej dokładności, tak niezbędnej w zawodzie lekarza, lecz nad to nabiera coraz większego znaczenia i ze względów praktycznych. Cały kierunek, w którym obecnie dąży rozwój medycyny, jest tego rodzaju, iż podstawą dla

niego przeważnie zaczyna być chemia. Nie o to idzie ażeby każdy lekarz umiał wykonywać dokładne rozbiory chemiczne, lecz przynajmniej ażeby był w stanie rozumieć te wszystkie sprawy, które zachodzą w ustroju, żeby potrafił zbadać chociaż te główne wydzieliny i wydaliny, które ustrój wytwarza, a które coraz bardziej nabierają znaczenia dla celów diagnostycznych. Gdyby nawet gruntowna znajomość chemii wymagała dwóch lat studyów, to i tak straty żadnej uczniowie by nie ponieśli, praca ich bowiem w zakresie fizyologii, patologii ogólnej, a nawet w klinikach byłaby następnie tak znacznie ułatwioną, że niewątpliwie zrównoważyłaby ze zbytkiem straty poprzednie.

Przechodząc od tych prostych zjawisk natury martwej lub żyjącej do człowieka, umysł słuchacza nie napotkałby już żadnych trudności w zrozumieniu nawet najbardziej złożonych spraw i znalazłby w tem niewątpliwie prawdziwe zainteresowanie, o co obecnie tak trudno. Dlatego też, o ile niesłusznem wydaje mi się żądanie wykreślenia zupełnego nauk przyrodniczych z liczby przedmiotów obowiązkowych na Wydziale lekarskim, o tyle muszę uznać za uzasadnione żądanie, ażeby wykłady tych nauk odbywały się dla medyków osobno, ażeby były ściśle przystosowane do potrzeb wydziału lekarskiego i prowadzone w ten sposób, aby uczeń zdobywał nie tyle znajomość tej lub innej nauki, ile kształcił swój umysł i zdolności obserwacyjne, ażeby nauki przyrodnicze na Uniwersytecie były niejako uzupełnieniem tego, co zostało pominięte w gimnazyum, i torowały uczniowi drogę do dalszych, o wiele trudniejszych studyów. Za taką zmianą oświadczają się nawet wydziały filozoficzne w wspomnianych wyżej memoryałach, a w ten sposób same niejako uznają, że dotychczasowe nauczanie było nieodpowiedne i nie osiągało celu.

Lecz nie tylko wykłady nauk przyrodniczych wymagają reformy, niezbędne są także pewne zmiany i w nauczaniu przedmiotów, zaliczanych do nauk ściśle lekarskich, jak anatomia, embryologia, histologia i fizyologia. Przedewszystkiem, według mego zdania, rozkładanie wykładu teoretycznego anatomii na cztery półrocza, jak to się dzieje w niektórych Uniwersytetach, jest zbyteczne i bez żadnej szkody wykłady te mogłyby być ograniczone do dwóch półroczy; następnie wypadałoby uczynić obowiązkowym kurs histologii ogólnej i specyalnej wraz z embryologią, oraz rozszerzyć ćwiczenia histologiczne. W wykładach teoretycznych histologii, embryologii i fizyologii wypadałoby się przeważnie ograniczać do kwestyj, mających ogólniejsze znaczenie i nie budzących rozmaitych wątpliwości. Wyliczanie rozmaitych spornych zapatrywań lub hipotez pozostaje najczęściej bez żadnych korzyści, a tylko sprowadza zamęt w umysłach niekrytycznych i wzbudza w nich brak zaufania do samej nauki. Głównem zadaniem tych wykładów oraz praktycznych ćwiczeń, obok dostarczenia słuchaczom sposobności zapoznania się z głównymi faktami z zakresu tych nauk, powinno być także przyzwyczajenie uczniów do ścisłej i dokładnej pracy laboratoryjnej, wyrobienie w nich pewnej zręczności i pewnej samodzielności. Trzeba widzieć, jak bezradni są nasi słuchacze w pracowni fizycznej lub fizyologicznej, wobec najprostszych przyrządów, jak dużo potrzebują czasu, ażeby się nauczyli obchodzenia się ze skalpelem i mikroskopem, sporządzania preparatów histologicznych i t. p., ażeby zdać sobie sprawę, jak dużo w tym względzie muszą się ćwiczyć, w celu nabycia tej zręczności, której wymaga zawód lekarski.

Przyrodnik lub filozof, dla którego fakta z zakresu tych samych nauk, stanowią tylko punkt oparcia dla jakiejś teoryi, może rzeczywiście ograniczyć się tylko do teoretycznych wiadomości, a co najwięcej uzupełniać je demonstracyami, które miewa profesor wobec całego audytoryum. Lecz medyk, którego zawód będzie polegał na ciągłem badaniu rozmaitych narządów i ich funkcyj, n. p. serca, przewodu pokarmowego, narządu oddechowego, czynności układu nerwowego, kurczliwości mięśni i t. p., który musi na podstawie zebranych objawów wyrobić sobie zdanie o danej funkcyi, powinien już w charakterze słuchacza przyłożyć rękę do badania tych funkcyj w stanie prawidłowym, powinien nietylko wiedzieć o istnieniu tych funkcyj, lecz umieć je obserwować *in vivo*. Dlatego też wypadałoby znacznie rozszerzyć ćwiczenia fizyologiczne, i prowadzić je przez oba półrocza drugiego roku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. †

Prof. Dr. Romuald Pląskowski.

Dnia 24. Czerwca zakończył życie w Warszawie Dr. Romuald Plaskowski, b. profesor b. szkoły głównej i Uniwersytetu warszawskiego.

Urodzony w r. 1821, szkoły średnie ukończył w Płocku, a Wydział lekarski w Dorpacie. W roku 1850. wyjechał zagranicę dla dalszego kształcenia się w swoim zawodzie, pracując przeważnie nad działem chorób nerwowych i umysłowych. Po trzechletnim pobycie na obczyźnie powrócił do Warszawy, gdzie oddał się praktyce lekarskiej. Z polecenia ówczesnej komisyi dla spraw wewnętrznych i duchownych udał się ś. p. Plaskowski ponownie zagranicę w celu zwiedzenia wzorowych zakładów dla obłąkanych. Po powrocie do kraju został mianowany ordynatorem w szpitalu św. Jana Bożego; z tego stanowiska powołała go Akademia medyko-chirurgiczna do wykładu higieny, a następnie psychiatryi — wraz z kliniką chorób umysłowych i nerwowych; obowiązki te spełniał zmarły do r. 1887.

W swoim czasie ś. p. Pląskowski wiele pisał: naliczamy jego 35 prac z dziedziny chorób umysłowych, medycyny sądowej i higieny. Najwybitniejszem dziełem literackiej działalności zmarłego profesora była „Psychiatrya", wydana w dwóch tomach.

Charakteru nieskazitelnego, uczynny, łatwy, wierny przyjaciel młodzieży, ceniony i szanowany przez ogół, pozostawił po sobie szczery żal kolegów i współobywateli.

A. K.

VIII.

Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Odpis. C. k. Ministeryum spraw wewn. Nr. 20075.
do c. k. Namiestnictwa we Lwowie.

Aby na wypadek wybuchu epidemii cholery mogły kraje nadbrzeżne natychmiast rozporządzać dostateczną liczbą lekarzy, uzrasza się c. k. Namiestnictwo i Wydział krajowy ze strony Namiestnictwa w Tryeście, by w myśl rozporządzenia z 16. Lipca 1894. l. 18070, w drodze urzędowej, za pośrednictwem Izb lekarskich, Towarzystw lekarskich, Dyrekcyi szpitali etc. wystosowano do lekarzy zapytanie, którzyby z nich byli gotowi, na warunkach objętych rozporządzeniem z dnia 20. Kwietnia 1886 l. 5093., które należy

im przedłożyć, objąć na wypadek potrzeby posady lekarzy cholerycznych, w kraju nadbrzeżnym, ewentualnie w Dalmacyi. Przy tem się nadmienia, że uwzględnieni być mogą tylko ci lekarze, którzy władają językiem wymienionych krajów, chociaż do pewnego stopnia, to jest włokim, lub południowo słowiańskim.

Spis imienny tych lekarzy, którzy są gotowi do zgłoszenia się do służby cholerycznej na Pobrzeżu lub w Dalmacyi, raczy c. k. Namiestnictwo jak najspieszniej, najdalej do 15. Lipca b. r. przedłożyć.

W spisie tym należy wykazać, który z lekarzy jakim językiem włada.

Wiedeń, 18. Czerwca 1896.

Z c. k. Namiestnictwa.
L. 54.643.

Panu c. k. Staroście

udzielam z odwołaniem się na tut. reskrypta z 29. Kwietnia 1896., l. 27.181, z 14. Lipca 1892., l. 55 222 p. VIII i z 29. Lipca 1894., l. 58.477, celem zażądania od lekarzy i chirurgów, w powiecie, którzy przynajmniej cokolwiek władają językiem włoskim, albo jednym z języków południowo-słowiańskich, deklaracyi, czy byliby skłonni na wypadek pojawienia się cholery azyatyckiej w Dalmacyi lub w Pobrzeżu przyjąć obowiązki lekarzy cholerycznych w tych krajach.

Przytem przypomina się, że przyjętym lekarzom i chirurgom zapewnia się oprócz zwrotu kosztów podróży i wolnego przez gminę dostarczyć się mającego mieszkania w miejscu, które im jako siedziba urzędowa przeznaczone będzie, dyjety po 10 złr. dziennie, które w miarę stosunków miejscowych, aż do kwoty 15 złr. mogą być podwyższone.

Nadto wskazuje się na rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych i skarbu z dnia 6. Maja 1856., (Dz. p. p. Nr. 113), dotyczące zaopatrzenia wdów i sierót po lekarzach i chirurgach użytych do stłumienia epidemicznej cholery, na mocy którego wdowy i sieroty po lekarzach pomocniczych, którzy się w służbie zarazili i padli ofiarą swego powołania, mają prawo do pensyi wdowiej, względnie zaopatrzenia sierocińskiego, wedle postanowień przytoczonego rozporządzenia ministeryalnego.

Wreszcie zauważa się, że lekarze używani do stłumiania epidemii cholery, ubiegający się o posadę w państwowej służbie zdrowia, przy równych zresztą warunkach, będą szczególnie uwzględniani.

Spis imienny lekarzy, którzy przedłożą dodatnią deklaracyę z dokładnem podaniem miejsca mieszkania i z oznaczeniem, czy jezykiem włoskim, względnie którym z południowo-słowiańskich jezyków władają, ewentualnie także ujemne sprawozdania, zechce Pan Starosta przedłożyć c. k. Namiestnictwu **w nieprzekraczalnym terminie do 8. Lipca b. r.**

Lwów, dnia 25. Czerwca 1896.

Za c. k. Namiestnika:
Lidl w. r.

IX. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 2. Lipca 1896.

— **VIII. Zjazd chirurgów polskich.** Do dnia 1-go b. m. zapowiedziano w dalszym ciągu następujące odczyty:

28) Prof. Kostanecki: O przetokach skrzelowych.

29) Dr. Nieciuński (z Paryża): O wysiękach opłucnej. Nowy sposób ich leczenia z demonstracyą trójgrańca *à double courant* własnego pomysłu.

30) Tenże: Demonstracya nowych szczypczyków do wyjmowania połkniętych przedmiotów z przełyku (własnego pomysłu).

31) Dr. Raczyński: O nakłuciu lędźwiowem rdzenia (*punctio lumbalis*).

Prof. Rydygier.

— Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego otrzymał następujące pismo:

Wielmożny Panie Prezesie!

Mam zaszczyt zaprosić członków Tow. lek. jako gości na VIII. Zjazd chirurgów polskich.

Z prawdziwym szacunkiem
Prof. Rydygier,
przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich na Uniwers. Jagiell. otrzymali: Karabiński Edmund z Królestwa Polskiego, Zakaszewski Witold ze Lwowa.

* Dr. Nazarkiewicz osiada stale w Gries-Bozen; ze względu, że stacya ta klimatyczna jest bardzo często polecana przez naszych lekarzy na pobyt zimowy i leczenie winogradowe, osiedlenie się lekarza Polaka przyjęte będzie ogólnem zadowoleniem i niemało ułatwi pobyt w tej tyrolskiej stacyi tym chorym, którzy pochodzą z dzielnicy, gdzie język niemiecki jest mniej znany.

* W Stanach Zjednoczonych wszedł w życie od miesiąca Kwietnia wędrowny Uniwersytet ludowy polski. Wykłada w nim dwóch lekarzy: Dr. Kodis i Dr. Kurcyusz. Ten ostatni miewa prelekcye: 1) o budowie ciała ludziego i 2) o człowieku.

* W Nrze 25. *Przeglądu lek.* podaliśmy wiadomość, że francuska Izba deputowanych, wraz z rządem Rzeczypospolitej, postanowiła ograniczyć lekarzom cudzoziemcom prawo wolnej praktyki we Francyi, chociażby posiadali dyplom francuski doktora medycyny. „*Kraj*“ petersburski, poświęcając tej sprawie korespondencyę paryską, datowaną z dnia 21. Czerwca, pisze: „we Francyi praktykuje ze setkę doktorów Polaków. Między nimi jeden dorobił się głośnej sławy, okulista Gałęzowski. Przez jego klinikę przeszło już więcej niż 100.000 chorych i żaden z nich nie zapłacił ani centyma. Ten chyba spłacił dług zaciągnięty wobec uniwersytetu francuskiego, który dał mu dyplom i wobec społeczeństwa, które mu dało stanowisko. Z lekarzy, którzy mają już „markę“, wymienię Dra Sierszyńskiego, Dra Góreckiego (okulistę), Dra Babińskiego (neurologa), Dra Bogdanowicza, Dra Wrotnowskiego, Dra Braumana, Dra Janowicza, Dra Dłuskiego i Dra panią Dłuską“.

* Błonia krakowskie stały się widownią i areną igrzysk. W ciągu miesiąca Czerwca odbyły się na nich wyścigi konne i ćwiczenia gimnastyczne sokołów polskich; a to, tak co do czasu bliskie siebie zestawienie wytresowania nóg końskich i wyćwiczenia siły ludzkiej, uzmysławia poniekąd różnicę moralną i społeczną zapasów tego rodzaju. Ze stanowiska lekarskiego z radością zapisujemy olbrzymi postęp gimnastyki w naszem społeczeństwie: już nie jednostki i dziesiątki odznaczały się na boisku krakowskiem, lecz bez przesady twierdzić można, że dziś tysiące uderzały doskonałem wyrobieniem siły i zręczności. Z radością witamy ten objaw wcielenia w życie jednej z najważniejszych gałęzi higieny, a tem samem postawienia potężnej baryery postępującemu zwyrodnieniu fizycznemu naszego społeczeństwa.

○ W Dorpacie (Jurjew) objął katedrę farmacyi po prof. Dragendorfie Dr. Kantakow, kand. chemii. Wystąpił on w organie Wasiliewa przeciw całemu stanowi farmaceutów, swemu poprzednikowi i prof. Drowi Kobertowi z obrażającą napaścią. Słuchacze wyrazili mu na wykładzie swoje oburzenie; w następstwie czego relegowano 103 studentów medycyny i farmacyi. Prof. Kobert wniósł skargę do ministeryum na Kantakowa, z powodu obrazy, uczynionej mu w wymienionym artykule. Tymczasem Kantakow wykłada dalej pod opieką czterech pedeli.

○ Docent Dr. Karol Ipsen zamianowany został nadzwyczajnym profesorem medycyny sądowej w Insbruku.

— **Nekrologia.** W Wiedniu zmarł docent ginakologii Dr. **Wilhelm Schlesinger**, dawny wydawca *Wiener med. Blätter*.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lek.* Zeszycie 12. Dra J. Winiarskiego: Znaczenie leukocytów w wysiękach i przesiękach. Dra A. Rymszy: Przyczynek do leczenia ciąży pozamacicznej. Dra A. Zaleskiego: Leczenie doszczętne gruczołu krokowego (ciąg dalszy). W *Medycynie* Nrze 26.: Dra Szwajcara: Ludwik Natanson (wspomnienie pośmiertne). Dra Gutentaga. O leczeniu krztuśca sublimatem. Dra Grundzacha: Przyczynek do etyologii przetok żółciowych i kilka słów o przetokach żółciowych. Dra Higiera: Syringomyelia.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.